

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 40

LA QUESTION
des
URÉTRITES AGONOCOCCIQUES
PRIMITIVES
D'ORIGINE VÉNÉRIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BERGERET

né à GRAY (Haute-Saône) le 22 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1921

LA QUESTION
DES
URÉTRITES AGONOCOCCIQUES PRIMITIVES
D'ORIGINE VÉNÉRIENNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553223_0111

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 40

LA QUESTION
des
URÉTRITES AGONOCOCCIQUES
PRIMITIVES
D'ORIGINE VÉNÉRIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BERGERET

né à GRAY (Haute-Saône) le 22 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Assesseur	MM. J. LEPINE.
Doyen	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

	PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales		TESSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
		BARD
		TIXIER
		BERARD
		X
Clinique obstétricale et Accouchements		ROLLET
Clinique ophtalmologique		NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique		WELL
Clinique des maladies des enfants		POLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes		LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires		N-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		HUGOUNENQ
Chimie biologique		MOREL
Chimie organique et Toxicologie.		MOREAU
Matière médicale et Botanique		GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		LATARJET
Anatomie		POLICARD
Anatomie générale et Histologie		DOYON
Physiologie.		COLLET
Pathologie interne		MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales		PAVIOT
Anatomie pathologique		VILLARD
Médecine opératoire		ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée		Etienne MARTIN
Médecine légale		COURMONT (P.)
Hygiène.		PIC
Thérapeutique.		FLORENCE
Pharmacologie		

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Accouchements	COMMANDEUR.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIÉRY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COT'É	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. NICOLAS, *Président* ; M. ARLOING, *Assesseur* ;

MM. PIÉRY et FAVRE, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTOT

Nous lui devons le sujet de cette thèse

Il nous a toujours réservé dans son
service de l'hôpital Desgenettes un
accueil des plus bienveillants.

Il a guidé nos efforts, nous a
prodigué ses conseils.

Nous l'assurons de notre entière
reconnaissance.

A MES MAITRES

A MES JUGES

LA QUESTION
DES
URÉTRITES AGONOCOCCIQUES PRIMITIVES
D'ORIGINE VÉNÉRIENNE

INTRODUCTION

Consacrer notre travail inaugural à la question des urétrites agnocoçciques primitives d'origine vénérienne, n'est-ce point risquer de parcourir des sentiers déjà battus et vouloir rééditer, en changeant tout au plus la forme, un sujet dont bien des auteurs, infiniment plus qualifiés que nous, ont, à diverses reprises, savamment traité ?

Cette appréhension grandit à compiler les tables de bibliographie. On y trouve une floraison d'articles parus dans les journaux médicaux de tous les pays, des communications, des relations d'observations originales. Mais, dans bien des cas, on s'aperçoit à la lecture que tout l'intérêt de la question n'est pas épuisé.

D'autre part, dans les traités de vénéréologie ou d'urologie, la place capitale qui revient à juste titre aux urétrites gonocoçciques, les pages nombreuses que nécessite leur étude clinique et bactériologique laissent dans l'ombre les cas d'écoulements uréthraux où le gonocoque peut

être complètement innocent. Beaucoup d'auteurs ne leur consacrent que quelques lignes, tout au plus un bref chapitre. Ils les regardent comme incontestables, mais y insistent si peu qu'un lecteur non prévenu aurait tendance à y voir un sujet sans importance, presque une quantité négligeable.

M. le Docteur Moutot, guidé par sa science de spécialiste averti et par sa très grande expérience, nous fit remarquer, en nous inspirant ce travail, combien d'attention ces urétrites méritaient. Il nous signala l'intérêt de leur bactériologie et de leur étiologie. Il nous fit comprendre pourquoi leur symptomatologie si variée devait nous arrêter; pourquoi surtout il y aurait danger à méconnaître leur fréquence, à ignorer la possibilité des complications génito-urinaires et même à distance qu'elles peuvent donner. Il nous dit la longue durée de bien des cas, et ce qui n'est pas rare, leur résistance souvent désespérante à la thérapeutique la plus savamment menée.

Nous regrettons que notre incapacité et le peu de temps qui nous était alloué pour terminer nos études ne nous aient point permis de mettre en valeur, comme nous l'aurions voulu, une si riche matière et de remercier ainsi dignement ceux qui nous prodiguèrent leurs conseils et les marques de leur bonté.

HISTORIQUE

En 1879, Neisser, assistant à la clinique dermatologique de Breslau, découvre le microbe pathogène de la blennorragie, en signale les caractères morphologiques, le baptise du nom de gonocoque ; il le recherche et le trouve dans maints écoulements urétraux.

Il semblait bien avoir apporté ainsi à la théorie de la virulence spécifique de la blennorragie, soutenue par Rollet, l'argument irréfutable qui entraînerait toutes les convictions. Dès lors entrait dans la nosologie une affection caractérisée à la fois par sa symptomatologie bien connue et par le rôle étiologique du gonococcus de Neisser. Et l'on pouvait dire :

La blennorragie est une infection spécifique contagieuse. Elle ne peut naître dans l'urètre que par pénétration dans celui-ci de l'agent pathogène, le gonocoque.

C'était, du même coup, reléguer à l'arrière-plan, en en faisant des causes adjuvantes, ces causes que Ricord, Langlebert, Profeta, regardaient comme efficientes, sans principes virulents particuliers : l'absorption immodérée de bière, les érections prolongées, l'excès de coït, le sang menstruel, la leucorrhée, l'ingestion d'alcool ou de certains aliments. Peu important dès lors les circonstances diverses qui ont précédé l'éclosion de l'affection. La seule

condition étiologique indispensable de la blennorragie, c'est le gonocoque.

Mais toutes les urétrites vénériennes caractérisées par un écoulement urétral relèvent-elles du gonocoque ? Est-il le seul agent capable de faire supputer le canal ?

Cette question devait naturellement venir à l'esprit, vu la diversité des formes que l'on rencontre.

Déjà, avant l'ère bactérienne, des auteurs avaient remarqué qu'il est des écoulements à caractères spéciaux.

On sait que Diday décrivit sous le nom de blennorrhœïdes deux maladies qu'il nommait, l'une urétrorrhée, l'autre herpétisme urétral. Dans l'urétrorrhée, dit-il, la différence avec la blennorragie est qu'elle peut résulter du coït avec une femme saine, exempte même de pertes blanches, — que, dès son début, elle s'établit sous la forme et avec le degré qu'elle gardera pendant toute sa durée ; — que la sensation éprouvée par le malade n'est jamais qu'une sorte de chatouillement continu un peu exaspéré par la miction, mais plutôt incommode que douloureux ; — que l'écoulement qui en résulte, clair, très peu abondant, contient à peine du pus, ne donne lieu qu'à une tache sans épaisseur, dont le centre seul est légèrement jaune ; — enfin que le copahu et le cubèbe n'ont aucune action contre elle.

Ainsi, une distinction était nettement esquissée entre la blennorragie type et d'autres écoulements urétraux. Mais il fallait, pour faire une différenciation reposant sur une base scientifique solide, le secours du microscope et les ressources de la bactériologie qui, à cette époque, faisait de rapides progrès.

En juillet 1884, le chirurgien en chef de l'Antiquaille, Aubert, ayant pratiqué systématiquement, pendant quel-

ques mois, l'examen de l'écoulement de tous les malades entrant dans son service pour une affection urétrale, trouva trois fois un organisme autre que le gonocoque. Il publia ses observations dans un article intitulé « De l'urétrite bactérienne » et se demanda, dans ses conclusions, si c'était là des urétrites primitivement ou secondairement bactériennes.

Le professeur Rauzier, de Montpellier, appliquant à des cas qui lui parurent intéressants, la méthode de décoloration du gonocoque, alors récemment présenté par Roux à l'Académie, trouva uniquement, chez deux sujets, des leucocytes en abondance et des éléments microscopiques divers ne disparaissant pas par l'alcool.

Mais déjà, l'Allemand Bockhart avait publié quinze cas d'urétrites non gonococciques primitives ; presque toutes sont microbiennes et d'origine vénérienne. Il emploie la coloration à chaud par le violet de méthyle et décele ainsi le plus souvent des streptocoques extra-cellulaires. Comme le fait remarquer avec fierté Eitner, certaines des observations de Max Bockhart sont à l'abri de toute critique ; l'une d'entre elles est un véritable fait d'expérience : Bockhart ayant cultivé les cocci trouvés dans un écoulement urétral gonococcique, inocule la culture à un médecin à urètre sain ; deux jours après, ce médecin présente un méat rouge, quelques gouttes de sécrétion muco-purulente ; puis vives douleurs à la miction, sécrétion purulente abondante ; diminution de ces signes et guérison définitive au bout de dix jours. Huit jours après, même épreuve, même résultat.

Dès lors, la notion de la possibilité d'urétrites gonococciques primitives commence à gagner les plus incrédules. Les faits publiés par la suite ne font qu'accroître les preu-

ves. Pour nous borner aux principaux et éviter une énumération fastidieuse, rappelons les noms de Legrain, Keyser, Castex, Minguet, Guiard, Jamin, Eraud, Janet, Faitout, Barbellion, Dreyer.

Au congrès de l'Association française d'urologie de 1897, Noguès, résumant la question dans un rapport remarquable de documentation et d'une discussion approfondie, donnait déjà un total important d'observations absolument probantes; s'en tenant aux seules observations d'urétrites microbiennes primitives, et écartant toutes celles qui pouvaient prêter à conteste, il arrivait à un total de vingt-six.

Mais, entre temps, Jamin, Guiard et d'autres chercheurs avaient soulevé la question des urétrites primitives amicrobiennes ; ils avaient eux aussi apporté des faits.

Au total, on peut dire que, dix-huit ans après la découverte de Neisser, les urétrites agnokokiques primitives étaient admises par tous les auteurs. Mais il ne semble pas qu'à cette époque on estimât très fréquente leur éventualité.

D'après ce que nous disions dans l'introduction, il en serait à peu près de même aujourd'hui pour la généralité des auteurs.

CHAPITRE I

Bactériologie.

Avant de commencer l'étude bactériologique des urétrites agonococciques primitives, il importe, comme le fit l'Allemand Waelsch, d'en donner une définition précise.

Il importe aussi de rappeler que nous étudierons seulement celles qui reconnaissent une origine vénérienne, laissant de côté les urétrites chimiques, toxiques, traumatiques ou diathésiques.

Nous dirons : Ce sont les urétrites où, à aucun moment, on ne trouve de gonocoque. Cela suppose qu'on aura assisté, ou presque à toute l'évolution de la maladie ; que, dès le premier jour des symptômes ou, tout au moins, peu après le début des accidents, on aura procédé aux examens bactériologiques, qu'on aura fait des cultures si la nécessité s'en faisait sentir, qu'on aura répété les investigations, qu'on aura tenu compte du gonococcisme latent possible et cherché au besoin à le réveiller. Il ne faudrait pas, avant que le gonocoque ait décelé sa présence, conclure trop vite à une urétrite agonococcique ; il ne faudrait pas davantage, examinant une blennorrhagie vraie à sa phase agonococcique, croire qu'elle a été telle au stade précédent.

Ces conditions remplies, les recherches bactériologiques ont montré, soit par l'examen direct, soit par cultures, deux types :

Les Urétrites agonococciques primitives bactériennes.

Les Urétrites amicrobiennes

Les Urétrites agonococciques primitives bactériennes

Les agents trouvés le plus fréquemment ont été :

Des Cocci : Dans l'observation de Bockhart que nous avons rapporté plus haut, les microbes décelés étaient dans la sécrétion : une grande quantité de petits cocci, quelques gros cocci et quelques batonnets, peu nombreux et courts

Dans les 15 cas que Bockhart signala en 1884, onze sont nettement d'origine bactérienne primitive; sept nous ont paru nettement d'origine vénérienne. Sur ces sept cas, Bockhart décela quatre fois, parmi divers microbes pour la plupart accidentels et sans importance pathogénique, un *diplococcus* beaucoup plus petit que le gonocoque, à moitiés rondes, sans encoches, prenant très lentement les couleurs d'aniline. On connaît le cas rapporté par Legrain d'un étudiant en médecine qui, n'ayant pas eu de rapports depuis 15 jours, en eut avec une femme soignée deux mois auparavant pour un phlegmon rétro-utérin. Vingt heures après le coït, il eut un écoulement blanchâtre qui, vers le troisième jour devint verdâtre et très abondant. Les cultures faites à deux reprises différentes pendant la première semaine, avec le pus de l'écoulement, donnèrent naissance à des colonies de *micrococcus cereus albus* de *Pasteur* dit encore *micrococcus citreus albus*.

Faut-il incriminer le *Micrococcus albus*, dit Legrain. Faut-il au contraire admettre qu'il ne s'est développé dans

l'urèthre que grâce à une inflammation produite par l'un des microbes du phlegmon qui n'a pu être décelé dans les cultures.

Il existe souvent dans les phlegmons, à côté des streptocoques et des staphylocoques, du *micrococcus cereus albus*. Ce dernier a un développement rapide et rien n'empêche de supposer que proliférant sur la muqueuse de l'urèthre enflammée par les streptocoques et staphylocoques pathogènes, il s'y soit trouvé bientôt en quantité assez considérable pour exister seul sur les cultures faites avec le pus du canal.

Dans deux cas publiés par le Professeur Rauzier dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* 1888, il ne trouva que des *cocci* et des *diplococci* plus gros que les gonocoques et ne se décolorant pas par l'alcool.

Malherbe, Olive et Lecuyer ont signalé trois cas d'urétrite aigüe à *staphylocoques* par coït ab ore. Dans l'un de ces cas, la femme coupable était atteinte de stomatite aphteuse.

Ce sont encore des *streptocoques* que l'on a trouvé dans l'urétrite d'un médecin, urétrite attribuée par lui à des rapports récents avec une femme atteinte d'érysipèle. Ce sont, entre autres, des *staphylocoques* et des *streptocoques* que Brodfeld a constaté plusieurs fois.

Eitner a publié dans un numéro du journal *Wiener Medizinische Wochenschrift* de 1909 l'observation d'un homme atteint, en même temps que sa femme d'urétrite agnocoque primitive. Eitner eut l'occasion de soigner les deux malades à la clinique dermatologique d'Innsbrück. Le mari fit d'ailleurs une épididymite droite à ca-

ractères très particuliers. Eitner suivit, jour par jour, l'évolution bactériologique des écoulements des deux malades. Et voici ce qu'il dit : « L'étude microscopique de la sécrétion, faite de manière très complète pour les deux malades montre absolument la même chose pour l'un et pour l'autre. La sécrétion se compose surtout de cellules de pus. Pas de gonocoques. Seulement des *diplocoques* le plus souvent de grandes dimensions, avec gram positif, nombreux, et tendant à s'aligner, très souvent. En particulier dans les gros flocons que contient l'urine de la femme, flocons composés en partie de lambeaux épithéliaux on les voit, en lignes, franchir la ligne d'union des cellules épithéliales (*die Kittlinien der Epithelzellen*). Des cultures répétées décelèrent toujours et exclusivement chez ces deux malades, des formes de cocci. »

Par la suite, le malade présenta quelquefois diverses formes bactériennes; puis, guéri ou à peu près, il quitta la clinique. Il revient de temps à autre se faire examiner, au cours du mois suivant. Eitner retrouve « quoique atténués, les mêmes résultats qu'au moment de l'admission. »

« Les cocci isolés dans les deux cas se montrèrent aussi en culture comme des diplocoques assez volumineux, prenant le gram, d'un ovale allongé. Pas de capsule visible. Sur agar ils donnaient de petites colonies grisâtres, microscopiquement incolores, finement granulés, avec un bord lisse ou délicatement dentelé. Ils poussaient lentement et faiblement. En bouillon, ils donnaient un trouble faible et diffus. Sur gélatine, une culture à peine visible au cône d'ensemencement. Le lait coagule. Pas de colonies visibles sur pomme de terre. Pas de production de gaz. Non pathogènes pour les animaux. »

Il est encore un micrococcus signalé très fréquemment par les auteurs : Les américains surtout nous ont semblé y avoir insisté. Dans les traités français, nous l'avons trouvé signalé seulement par Balzer, dans son ouvrage sur les maladies vénériennes. Il s'agit du *micrococcus catarrhalis*.

Winfield Ayers de New-York s'est particulièrement occupé de cette question. Différents auteurs anglais et américains Watson, Cunningham, Keyes, Wood, Libman, entre autres, s'en occupèrent également. Ayers fit plusieurs revues sur ce sujet dans *The American Journal of Surgery*, dans *The American Journal of Urology*, dans *The American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases*, 1912.

E. H. Siter de Philadelphie revint, l'année d'après, sur ce point spécial qui donnait lieu à des discussions.

On sait en effet que le micrococcus catharralis est très voisin du gonocoque. Comme lui c'est un diplocoque à gram négatif. On l'a trouvé dans les conjonctivites, les pyorrhées alvéolaires, les crachats de malades atteints de grippe (Kirchner, Frosch et Kolle). Il est souvent intracellulaire. On voit donc les difficultés qu'il y a à le différencier du gonocoque et Sondern pensait que c'était là un problème presque insoluble. Ayers montra que le m. catharralis pousse sur agar à la température de la chambre, alors que le gonocoque n'y pousse jamais, ce qui est un procédé de différenciation simple et facile. D'après Schmitter, il prendrait le gram en culture sur agar.

Aux six cas de Ayers qui paraissent très probants, Siter apporte en 1913 l'appui de ses observations personnelles. Et il semble bien qu'on se trouve en présence d'une

forme assez fréquente qui, d'après Sitter résulterait presque toujours d'un ensemencement vaginal du micrococcus catharralis.

Dreyer, de Cologne, trouva constamment dans de nombreux cas d'urétrite une forme de coccus de taille variable qu'il identifia avec *l'enterocoque* trouvé par Thiercelin dans l'intestin. Déjà Thiercelin avait trouvé son entérocoque dans le vagin. Dreyer pense que l'effet pathogène de ce microorganisme est facultatif. Il n'a pas cherché si ce microbe se trouvait aussi dans l'urèthre sain (Eitner loco citato).

Bacilles. — Dans deux observations de Josopovice, dans une observation de Van der Plüym et H. Ver Laag, il s'agit de *colibacille*. Panichi le signale comme le plus fréquent des agents causant les urétrites bactériennes, le plus souvent amenées par le coït avec une femme à la période menstruelle ou post menstruelle immédiate, ou atteinte de leucorrhée (Panichi, *Giornale ital. delle mal. veneria*, 1914, p. 571).

Luys pense que, si les urétrites à colibacille post gonococciques sont extrêmement fréquentes, cette maladie n'est presque jamais primitive. Tout au moins c'est là le résultat de son expérience personnelle (Luys, *Traité de la blennorragie et de ses complications*).

M. Siredey, à la société médicale des hôpitaux le 22 juin 1917 rapporta un fait intéressant :

Il eut l'occasion d'observer chez la femme d'un de ses confrères l'existence d'une salpingite droite qui récidiva deux ans après. Dans le mucus cervical on trouvait du colibacille. Le mari, qui n'avait jamais eu de blennorragie, présenta au même moment une urétrite légère, irri-

lation urétrale durant deux ou trois jours avec un très faible écoulement muqueux dans lequel, les deux fois il trouva du colibacille.

Nous signalerons encore le bacille court et épais dont parle Finger *bacillus urethritis* qui n'occasionne le plus souvent qu'une urétrite peu grave.

Des auteurs parlent de petites bactéries courtes que Janet trouva deux fois chez des hommes qui contaminèrent leur femme à la suite du mariage. Il semble bien qu'il s'agisse là d'urétrites secondaires post-blennorragiques.

Microbes divers. — Par contre, Janet signala au congrès d'urologie de 1897 une *diplobactérie* rencontrée deux fois ; dans un autre cas la bactérie qu'il décrivit avec Noguès sous le nom de *bacterium fourmi*

Souvent, on trouve une flore extrêmement abondante et alors il devient difficile de démêler les simples saprophytes de l'urètre normal ayant peut être exalté leur virulence et augmenté de nombre sous des influences diverses, et les microbes importés.

Pourtant Janet ayant trouvé, à l'examen microscopique d'une urétrite agonococcique avec écoulement abondant survenu deux jours après le coït, toute une riche flore microbienne, lui reconnut une origine vaginale.

Le professeur Rauzier, dans maintes observations, trouve des éléments microscopiques nombreux et très divers.

Dans sa thèse de Montpellier, 1910, Allanche apporte les résultats de recherches bactériologiques intéressantes :

« Le jour même de l'apparition de l'urétrite on prélève une goutte de pus pour l'examen bactériologique. Après coloration au bleu de Löffler nombreux microorganismes streptobacillaires, cocci isolés en tétrades et quelques di-

plocoques tout petits, beaucoup plus petits que les gonocoques. Un gram est aussi fait, et les diplocoques prennent le gram. Enfin, dans la même préparation, on rencontre quelques cellules épithéliales et quelques globules blancs, mais très peu nombreux. Ce qui frappe dans la préparation, c'est le grand nombre de microorganismes et la rareté des cellules ou globules (trois à quatre par champ). On croirait examiner une culture de microorganismes. »

Luys signale souvent, sans y insister davantage, des *microbes banaux*. Nous n'avons point trouvé, dans la littérature, des cas d'origine vénérienne où l'agent causal soit le *pneumobacille*. Ces cas existeraient pourtant paraît-il.

Il aurait fallu accuser une fois le *tétragène*, des *levures*. M. le Dr Moutot nous a dit avoir identifié nettement le *leptothrix buccalis*.

B. — *Les urétrites amicrobiennes.*

Caractérisées essentiellement par ce fait que :

Dans l'écoulement urétral, le microscope ne décèlera jamais ni gonocoque, ni aucun autre microbe.

Qu'il montrera fréquemment des cellules épithéliales et de très nombreux globules blancs.

Qu'on aura beau essayer de réveiller un microbisme latent supposé, par ingestion de bière ou d'alcool, injection de solution de nitrate d'argent ; on ne modifiera ainsi en rien les résultats de l'examen bactériologique.

Bien qu'à priori leur existence puisse surprendre, ces urétrites existent.

Nous rappellerons, comme bien caractéristiques et pour la plupart classiques, les observations de :

Jamin, rapportées par Guiard in *Annales des maladies des org. gén. urin.*, en 1897, Picard 1896, Janet, 1893, et congrès d'urologie 1897.

De Luys in traité de la blennorragie et de ses complications, 1921.

Nous rappellerons encore qu'elles ont été bien étudiées par Jamin, Guiard, Noguès.

Les objections ont été nombreuses qu'on a levées contre la possibilité d'urétrites aseptiques primitives. On a dit que cette notion était contraire à nos connaissances actuelles en pathologie générale, sur l'inflammation. On a rapelé que Jungano en 1897, recherchant les microbes en dehors de l'oxygène a trouvé des anaérobies dans bien des cas où l'on avait cru avoir à faire à des urétrites aseptiques.

On a accusé une recherche bactériologique insuffisante.

D'après Motz, il n'y aurait pas d'urétrites aseptiques. Il fait remarquer qu'un simple frottis d'urétrite non gonococcique ne montrera souvent aucun microbe alors qu'un ensemencement devrait, à priori, donner au moins les microbes normaux de l'urètre. On ne trouve point de microbes, d'après lui, parce que les lésions essentielles sont au-dessous de l'épithélium ou dans les culs de sac glandulaires dont les conduits excréteurs sont ordinairement comprimés par des lésions existant sur leur trajet.

En tous cas, des observateurs tels que Guiard, Pousson, Luys n'ont, maintes fois, trouvé aucun microorganisme, malgré toute la valeur de leurs recherches bactériologiques.

Nous appellerons urétrites amicrobiennes celles où, pra-

tiquement, on ne trouvera pas de microbes. Sans vouloir élucider cette question, sans vouloir donner des hypothèses plus ou moins fantaisistes, nous nous en tiendrons à la définition donnée en tête de ce chapitre.

CHAPITRE II

Etiologie.

Mettons d'abord en relief, parce que cette question est capitale, la notion de la *fréquence* des urétrites agnokokiques primitives d'origine vénérienne. Noguès, au congrès de l'Association française d'urologie de 1897, apportait comme indubitables vingt-six observations d'urétrites microbiennes primitives qui se répartissent ainsi :

Legrain, 3 ; Rauzier, 3 ; Von der Plüym, 1 ; Bockhart, 15 Janet, 2 ; Minguet, 1.

« Elles sont rares, écrit Allanche dans sa thèse de Montpellier 1910 et, à ce titre, l'observation que nous apportons peut présenter quelque intérêt. »

Tel n'est pas l'avis de Motz qui, la même année, dans un article publié par les Annales des maladies des organes génito-urinaires, écrit : « On ne doit pas pourtant pas les croire si rares. Tous les praticiens en voient. »

Le docteur Burnier, publiant dans les Annales des maladies vénériennes de février 1920, un cas d'urétrite aiguë non gonococcique, causée par le tetragène, compliquée de conjonctivite et de pseudo rhumatisme inférieur mono-

articulaire, dit : « Ces urétrites non gonococciques, actuellement bien connues, le sont encore pourtant insuffisamment et donnent lieu à des erreurs de diagnostic fréquentes. »

Et plus loin :

« Seul l'examen bactériologique systématique de tout écoulement permettrait de faire un diagnostic exact ; il montrerait sans doute que ces urétrites aigües non gonococciques sont encore plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement. »

En réalité, ces urétrites aigües non gonococciques, surtout lorsqu'on y fait rentrer les urétrites que nous avons qualifiées d'amicrobiennes, sont extrêmement fréquentes. Sans pouvoir actuellement fixer par des chiffres — qui nécessiteraient une statistique portant au moins sur une année, — la proportion qui existe avec la blennorrhagie vraie, nous dirons : un spécialiste des voies urinaires, ayant une clientèle moyenne, ne passera pas une semaine sans voir deux ou trois cas de ces urétrites.

Et, malgré cela, leur étiologie n'est pas toujours évidente. Des auteurs ont signalé, et l'on retrouve souvent, en effet, dans les circonstances ayant vraisemblablement joué un rôle important dans la genèse de la maladie :

Le coït normal :

Mais alors souvent *la femme était en pleine période menstruelle, ou venait d'avoir ses règles très peu de temps auparavant.*

(Observation du professeur Rauzier, parmi d'autres très nombreuses.)

Ou bien elle présentait un flux leucorrhéique.

(Observation inédite de la thèse d'Allanche.)

Une observation de Lüys in traité de la blennorrhagie et de ses complications.

Nous citons ces observations parce qu'elles nous paraissent particulièrement remarquables ; mais on en trouverait facilement dans tous les auteurs qui ont traité de la question (Guiard par exemple).

Ou bien elle était dans un état de grossesse avancée.
(Motz.)

Ou bien la femme n'était pas en période cataméniale, n'avait pas de leucorrhée mais

les coïts ont été répétés plusieurs fois en un temps relativement court.

(Observation du Professeur Rauzier.)

ou bien ils ont été lents et prolongés.

(Observation de Lüys — loco citato.)

Dans d'autres cas, il faut accuser :

Le coït anal :

(Kidd. — Disease of the male urethra. *British Medical Journal*, 1917.)

Le coït buccal :

(Observations de Mallherbe, Olive et Lécuyer.)

Dans un cas, la femme incriminée était atteinte de stomatite aphteuse.

Enfin, on trouve souvent des cas pathologiques :

Affection utérine, péri-utérine ou vaginale.

« Inflammation cervicale », avec écoulement purulent profus (Bockhart).

Phlegmon péri-utérin (Icard).

Métrite cervicale (Lüys).

Abscès rétro-utérin (Legrain).

Salpingite (Siredey).

Vaginite à microbes non spécifiques, engendrée par un pessaire malpropre (Kidd).

Coït dans des conditions spéciales de malpropreté :

Femme atteinte d'érysipèle (cité par Lüys).

Femme présentant une sécrétion vaginale microbienne abondante et ne prenant pas de soins de propreté (Lüys).

Un fait est flagrant, bien mis en évidence par quelques auteurs, entre autres Lüys :

« Dans de multiples circonstances, j'ai pu examiner les femmes qui avaient provoqué de semblables urétrites. Si, en dépit d'examens multiples et répétés, je n'ai pu découvrir le moindre gonocoque, ni dans l'urètre, ni au niveau du col utérin, par contre, toujours, j'ai constaté des lésions de l'appareil génital, constituées soit par de la métrite, soit par de la salpingite ; *jamais, dans des cas analogues, je n'ai rencontrée une femme complètement saine.* »

La seule congestion cataméniale suffit-elle à amener une urétrite ? Le coït avec une femme absolument saine, même en pleine période cataméniale, ne serait pas suivi d'urétrite, d'après Stutel, bien que Winter ait montré la richesse bactérienne du mucus vaginal de la femme la plus saine. Nous verrons que Motz et bien des auteurs ne sont pas de cet avis.

On s'est demandé enfin si l'origine vénérienne était véritable, s'il y avait eu apport sur la muqueuse de l'urètre de microbes virulents, provenant du vagin, ou si les micro-organismes du canal, sans plus, avaient développé leur virulence sous l'influence du coït. Nous discuterons ce point spécial au chapitre du diagnostic.

CHAPITRE III

Etude clinique.

Symptomatologie.

Cette symptomatologie est extrêmement variable, si bien que les auteurs qui s'appuient seulement sur un petit nombre de faits observés par eux, semblent se contredire surtout s'ils généralisent trop facilement.

Mais ces contradictions s'effacent et la diversité des formes devient patente quand les observations deviennent très nombreuses.

L'incubation est courte, comme dans la blennorrhagie : parfois même elle semble *abrégée* ; d'après Forge, elle serait de deux à trois jours en moyenne, dit Allanche dans sa thèse inaugurale.

Dans une observation de Legrain, elle aurait duré vingt heures (1).

Dans des observations de Rauzier, le malade voit l'écoulement le jour même du coït, un autre le lendemain. Allanche publie un cas dont l'incubation dura vingt-quatre heures.

(1) LEGRAIN. *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires* août 1888 et juin 1889.

Pousson dit : « En général, les urétrites non gonococciques ne présentent pas de période d'incubation ou celle-ci est très courte : vingt-quatre heures, deux ou trois jours au plus, comme dans les cas de Van der Plüym et H. Ver Laag. »

Dans une observation de Vannod, quatre jours.

Trois jours dans l'observation de Bockhart ; après inoculation dans l'urètre du médecin, deux jours passèrent avant l'apparition des premiers symptômes.

Jamin parle de quelques jours.

Ou bien,

Le plus souvent, *l'incubation est longue.*

Déjà, en 1901, Burty parlait d'une incubation plus longue que celle de la blennorragie vraie.

Rauzier parle d'une urétrite survenue un mois après le dernier coït. S'agit-il réellement d'une urétrite vénérienne ?

En tous cas, ne sont pas rares des incubations de plus de huit jours, quinze jours (Janet).

Ayers donne des exemples d'incubation d'urétrite par le micrococcus catarrhalis ayant duré plusieurs semaines. Siter en donne d'autres. Les urétrites aseptiques ont un temps d'incubation beaucoup plus long que dans la blennorragie (Lüys).

On peut dire qu'une incubation de plus de huit jours est presque la règle ; parfois, trois semaines séparent leur apparition du dernier coït.

Un fait sur lequel tous les avis convergent, c'est la torpidité fréquente de la période du début ; dans bien des cas, le malade arrive à la période d'état sans s'en apercevoir.

A cette période d'état,

le plus fréquemment, il n'y aura pas ou peu de symptômes subjectifs : la douleur en urinant ou au moment des érections est à peine marquée ; c'est plutôt une sensation vague de fourmillement, une légère irritation uréthrale (Siredey-Lüys). Souvent, le malade ne constate son écoulement qu'en trouvant des taches sur sa chemise (Luys-Siter).

Il y a très peu de douleurs (Brodfeld). On note l'absence de symptômes subjectifs (Siter).

Le sujet éprouve une légère sensation de brûlure à la miction, moins prononcée que dans la blennorragie vraie, dit Allanche dans sa thèse inaugurale.

Quand le malade urine, il ne ressent qu'une sensation de picotement au niveau de la fosse naviculaire (Renault, *Maladies blennorragiques des voies urinaires*. Bibliothèque de médecine pratique).

Rauzier avait décrit nettement ces caractères : « La douleur était presque nulle, dit-il, une très légère cuisson pendant la miction ; pas d'érections douloureuses. »

Les phénomènes généraux sont extrêmement rares ; même dans les observations d'Escat, de Lüys et d'Eitner, où sont signalées des orchépididymites, la température ne dépasse jamais 37° 5.

Seul, le colibacille nous a semblé donner de la céphalée et de la fièvre, d'ailleurs d'une manière inconstante (voir observation de M. Siredey) ; nous rappellerons à ce sujet les faits de :

Van der Pluym et H. Ver Laag :

« Un militaire fut pris, deux jours après un coït avec une femme publique, de céphalée ; le lendemain, de fièvre, avec écoulement uréthral purulent, miction douloureuse,

méat rouge et tuméfié. La fièvre tomba onze jours après le coït ; il y eut en même temps une amélioration notable du côté de l'urètre. Le malade, soumis alors aux injections de permanganate, fut déclaré guéri huit jours après. L'examen montra un pus analogue au pus blennorragique. Seuls, les gonocoques faisaient défaut et étaient remplacés par le colibacille ; la culture et les inoculations confirment ce diagnostic. »

Josopovice (in Centralblatt f. d. Krankh., der Harn, un sex. organ., 1896) :

Josopovice signale un cas d'urétrite survenu trois jours après le coït, accompagné de fièvre qui persista deux jours avec des phénomènes généraux. L'urétrite céda à des injections de chlorure de zinc. L'examen et les cultures ne décelèrent que le colibacille.

Nous rappellerons encore que le *M. cereus albus*, chez l'étudiant dont parle Legrain, a bien donné un écoulement très abondant ; mais les érections n'étaient que légèrement douloureuses, la miction seulement un peu pénible. Il n'y est pas question de phénomènes généraux.

Il n'y a pas de courbature, pas d'albuminurie, pas d'anémie. L'insomnie n'a jamais été signalée, croyons-nous. Le malade souffre très peu ou pas du tout. Il est donc exceptionnel de le voir dans les premiers temps de la maladie se laisser abattre, comme le blennorragien vrai. Mais il faut tenir compte de la pérennité fréquente de l'affection et l'on conçoit que, voyant la longue durée du mal et l'inefficacité du traitement, le sujet devienne enclin à la neurasthénie, après plusieurs semaines.

Les *symptômes objectifs* sont localement :

D'une façon inconstante, un méat un peu gonflé, avec

lèvres rouges et légèrement éversées. Dans l'infection par le micrococcus catarrhalis, il n'y aurait jamais éversion du méat (Ayers-Siter en font un signe différentiel avec l'infection par le gonocoque).

L'écoulement est variable :

Tantôt il se réduit à un léger suintement, souvent clair, tachant à peine le linge ; il humidifie parfois simplement l'orifice urétral ou colle les lèvres du méat (Luys). On peut dire que le plus fréquemment, il est séro-purulent, et plutôt séreux que purulent, et il faut presser le gland pour le faire apparaître nettement. « C'est plutôt, dit Forgue, un écoulement clair, grisâtre qu'un pus à teinte opâque et jaunâtre, comme dans la blennorragie.

Mais il faut savoir que, parfois, son abondance augmente, qu'on a alors à faire un véritable écoulement séro-purulent, analogue à celui de la blennorragie. Dans pas mal d'observations classiques, il est même question de teinte verdâtre et d'écoulements très abondants. Le professeur Rauzier avait cru plusieurs fois se trouver en face de blennorragies vraies.

L'évolution en est-elle aussi extrêmement variable. Nous avons vu, dans bien des auteurs, que l'écoulement a disparu au bout de quelques jours, soit spontanément, soit à la suite de soins très simples. Onze jours, trois semaines (Rauzier).

Mais très fréquemment aussi, on trouve racontée l'histoire de ces urétrites intarissables, qui, aussi sournoisement qu'elles se sont installées, durent et résistent aux traitements les mieux conduits. Et l'optimisme d'Allanche ne serait point à appliquer toujours — quand il dit : « Les symptômes de la période d'état s'amendent et rétro-cèdent ; l'examen microscopique permet de constater la

disparition des microbes qui ont cédé bien vite sous l'influence du traitement.

Pas de pollakiurie, ou très rarement. L'urine reste le plus souvent claire, avec des filaments dans le premier verre ; parfois, l'urètre postérieur a semblé atteint ; un peu de pollakiurie, trouble et flocons dans les deux verres, par le procédé de Guyon.

Dans l'infection par le micrococcus catarrhalis, l'endoscopie montre un canal parfaitement normal ; la cystoscopie est, dans la majorité des cas, négative, comme l'examen prostatique (Siter).

..*L'étude cytologique de pus* a montré l'extrême abondance des polynucléaires ; ce fait est signalé par tous les auteurs. C'est seulement dans l'observation inédite d'Allanche que nous avons relevé un nombre très restreint de ces globules.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

D'après tout ce qui précède, la réalité des urétrites agonomococciques primitives d'origine vénérienne nous semble prouver. Mais il y a lieu de revenir sur un point spécial que nous avons déjà effleuré. Il serait, en effet, désastreux de porter ce diagnostic avant de s'être assuré de la possibilité de l'origine vénérienne. Cette discussion éclairera le chapitre du diagnostic.

On s'est demandé si l'origine vénérienne était véritable, s'il y avait eu réellement apport sur la muqueuse de l'urètre des microbes du vagin ou si les microorganismes du canal n'avaient fait que développer leur virulence sous l'influence des irritations causées par le coït. A cela, Motz répond en invoquant les conditions spéciales d'apparition de ces urétrites : coïts pendant la menstruation, la grossesse avancée, etc., c'est-à-dire d'après lui, « au moment où les sérosités sécrétées par les organes génitaux de la femme augmentent considérablement la virulence des microbes du vagin. »

Il donne un deuxième argument en faveur de la contagion vraie, « la localisation primitive de la lésion dans

la fosse naviculaire. Si ces urétrites étaient dues aux microbes normaux de l'urètre, un premier symptôme habituel, qui est la sensibilité anormale, se manifesterait indistinctement dans n'importe quel point de l'urètre. Sur ce point, ces urétrites ressemblent complètement à l'urétrite gonococcique, c'est-à-dire que la sensibilité anormale existe pendant un certain temps uniquement à l'extrémité du canal. Il faut donc admettre que ces urétrites sont provoquées par les microbes venus du vagin de la femme.

Le diagnostic consistera essentiellement à différencier ces urétrites de l'urétrite blennorragique.

On s'aidera des antécédents, sans accorder à ce point une grosse valeur. On se souviendra à ce propos des paroles si justes de Forgue : « Dans les déclarations du malade, il y a souvent plus une illusion d'amour-propre qu'une sévère observation. »

Lorsque les symptômes cliniques paraîtront bien spéciaux, on songera à la possibilité d'une urétrite gonococcique primitive. Mais ici encore, on se souviendra de la variabilité extrême du début de ces urétrites. Et l'on est naturellement amené à faire l'examen microscopique de la sécrétion uréthrale de tout malade qui se présente pour la première fois avec un écoulement, fût-il minime. Jules Janet a insisté dans plusieurs articles sur la nécessité de cet examen (*Journal d'Urologie*, 1913) :

« On ne saurait se garder des diagnostics de chic dans le traitement des urétrites ; les divers écoulements de l'urètre peuvent être de nature absolument différente, tout en possédant un aspect identique. Vouloir faire un diagnostic d'urétrite sans examen microscopique, c'est une illusion complète. »

Et ailleurs :

« Le médecin, mis en présence de la première goutte, doit immédiatement établir son diagnostic et savoir distinguer la véritable goutte à gonocoques de toutes les autres qui peuvent optiquement lui ressembler, mais qui en diffèrent foncièrement au point de vue étiologique, comme l'écoulement de la balano-posthite, l'écoulement urétral à microbes divers dûs à un coït malpropre, l'écoulement urétral dû à des excès alimentaires chez un sujet prédisposé, à un retour offensif d'une ancienne urétrite chronique ou à la présence d'un rétrécissement tendant à se reformer. Chacun de ces cas comporte des indications thérapeutiques particulières. »

L'anamnèse, les circonstances étiologiques, la marche de l'affection, l'examen microscopique (abondance de polynucléaires, absence de gonocoque à des examens répétés, absence de tous microbes ou présence de microbes déjà rencontrés dans ces sortes d'urétrites), feront faire le diagnostic avec la blennorrhagie.

Il faudra songer aux urétrites gonococciques à incubation lente, au gonococcisme latent, à la possibilité d'une urétrite secondaire.

Il ya lieu de se rappeler la longue durée d'incubation rencontrée très souvent dans les urétrites gonococciques primitives.

Souvent, on ne fait l'examen microscopique, dit Eitner, que lorsque l'affection dure depuis longtemps. On ne trouve pas de gonocoque et l'on conclut à une affection secondaire. Ainsi bien les urétrites gonococciques primitives passent inaperçues.

Il faut enfin songer à l'éventualité d'une urétrite ago-

nococcique primitive d'autre nature. Combien de bléno-phobes, absolument indemnes de toute affection, irritent leur canal par des injections répétées et arrivent à créer de toutes pièces un écoulement qui ne fera que grandir leur crainte. On songera encore aux urétrites, celles-ci assez rares, d'origine alimentaire, médicamenteuse ou diathésiques.

On se rappellera la possibilité d'urétrites aseptiques à la suite d'une infection primitive de la vessie ou du rein, d'une lésion tuberculeuse des voies urinaires, de polypes, de végétations, d'ulcérations de l'urètre, de lésions chroniques de la prostate, des lacunes de Morgagni ou des glandes de Littre.

CHAPITRE V

Complications.

Elles méritent toute notre attention. Elles sont loin d'être exceptionnelles. Forgue disait « Leur éventualité est mal établie » et pourtant la littérature médicale en signale — Escat, BocKhart ont décrit deux cas d'orchi-épididymite dus à d'autres agents que le gonocoque et venant assombrir le tableau de deux urétrites aganococques primitives. Eitner a rapporté l'histoire de cette épididymite droite, remarquable par le peu d'intensité de gonflement et des douleurs, venant compliquer une urétrite primitive à microbes banaux. Ayres rapporte un cas d'orchi-épididymite consécutif à une urétrite à micrococcus catarrhalis. Luys a assisté au développement d'un gonflement considérable du lobe droit de la prostate avec épididymite, au cours d'une urétrite amicrobienne primitive d'origine vénérienne.

Les complications générales doivent être rares. Le Dr Burnier a signalé en février 1920 un cas d'urétrite aganococcique primitive à tétragène compliqué de conjonctive et de pseudo-rumatisme infectieux. L'origine vénérienne de l'urétrite ne fut pas prouvée mais on sait que

le tétragène a été trouvé dans des cas nettement vénériens.

Et puis, il faut bien compter aussi avec la complication d'ordre psychique qui, trop souvent, après quelques mois d'évolution du mal vient frapper le malade, surtout s'il n'a pas été rassuré comme il convenait sur l'origine de son affection.

D'après Escat, les urétrites non gonococciques traduisent des infections glandulaires, prostatiques où de l'urètre et laissent le tissu spongieux intact ; d'où l'absence de cordée et de sténose. D'autres, comme Burty, admettent la possibilité de rétrécissements.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic ne devra donc pas être présenté sous un jour trop souriant. Lorsque le diagnostic posé, on rassurera le malade sur l'origine de sa maladie, il ne faudra point lui promettre une guérison prompte. Nous avons dit la résistance fréquente au traitement ; il faut compter aussi avec les récidives possibles. Les urétrites aseptiques surtout, si elles guérissent assez facilement avec de faibles doses de nitrate d'argent, récidivent avec une facilité au moins égale.

Et puis, il y a la question de la contagiosité ? Question d'un intérêt capital, dit Forgue. Dans toutes les observations que nous avons données, la contagion de la femme à l'homme apparaît nettement. Il faut remarquer que dans bien des cas, il n'y a chez la femme qu'une infection torpide ; n'en est-il pas souvent de même dans la blennorragie ?

Peut-on affirmer la contagiosité de l'homme à la femme ? Sur ce point, il semble que de nouvelles observations se-

raient nécessaires. Celle de Janet a trait à des hommes atteints d'infections secondaires post-blennorragiques et ne peut servir. Dans le fait communiqué par M. Siredey, on ignore la provenance du colibacille.

La conduite du médecin, lorsqu'on lui demande un pronostic, lui est dictée par Diday : « En voyant cette fluxion rester, au bout de huit jours, insignifiante, indolente, le médecin est naturellement porté à partager l'avis du client qui ne voit là qu'une irritation accidentelle, et à lui promettre par conséquent une prompte et facile guérison.

« Qu'il ne commette pas cette faute, car elle lui serait par la suite durement reprochée, et même l'on ne manquerait pas d'attribuer la ténacité du mal soit à ce que le médecin aura mal à propos temporisé, soit à tel ou tel remède qu'il aura eu tort d'employer, ou de ne pas employer. »

CHAPITRE VII

Traitement.

Toujours commencer par le traitement antiphlogistique; et malgré la bénignité apparente de l'affection, instituer le même régime et les mêmes règles d'hygiène que si on avait affaire à une blennorrhagie vraie (Renault).

Dans les cas heureux, au bout de huit jours, tout sera terminé ; le même traitement sera, par mesure de précaution, continué un temps égal, surtout au point de vue diététique et hygiène.

Les balsamiques échouent dans les cas qui n'ont pas c d  à cette thérapeutique. On aura recours aux injections de permanganate de potasse à 0. g. 05 pour 200 ; sulfate de zinc à 0. g. 05 pour 100 ; à l'acétate de plomb à 0. g. 50 pour 100.

Renault recommande encore l'injection aux trois sulfates :

Sulfate de cuivre.	}	aa 0.50 centigr.
Sulfate de fer.		
Sulfate de zinc.		

Mucilage de gomme, 4 gr.

Eau distillée, 125 gr.

Ou celle de Ricord :

Sulfate de zinc, 1 gr.

Acétate de plomb, 2 gr.

Teinture de cachou.

Laudanum de Sydenham. } aa 4 gr.

Eau distillée, 200 gr.

Ou bien l'on emploiera les antiseptiques :

Nitrate d'argent, à 0. g. 05 pour 200.

Ou protargol à 0. 10 pour 200.

dont on fera une injection tous les quatre jours.

Le nitrate d'argent réussit en particulier très bien dans les urétrites amicrobiennes.

CONCLUSIONS

I. — A côté des urétrites gonococciques, il existe des urétrites primitives agnoscococciques.

II. — Les recherches bactériologiques montrent que ces urétrites agnoscococciques sont microbiennes ou amicrobiennes.

III. — L'observation clinique, aidée des recherches bactériologiques, montre leur fréquence infiniment plus grande qu'elle n'est admise par les classiques.

IV. — La symptomatologie en est variable depuis des formes légères avec un simple suintement jusqu'à des formes, simulant par l'abondance de leur écoulement, la blennorrhagie vraie ; toutefois, la torpidité et l'extrême lenteur d'évolution sont les caractères les plus constants.

V. — Ces urétrites peuvent donner lieu, comme les urétrites gonococciques, à des complications génito-urinaires et même à des complications générales.

VI. — Le plus souvent, ces urétrites restent très rebelles au traitement.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu : LE DOYEN,

NICOLAS.

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 6 décembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAYÈS. — Dermat. Centralblatt, 1914. N° 7.
- ADRIAN. — Die nicht gonorrhoeische Urethritis beim Manne Halle, 1915.
- ALLANCHE. — *Thèse de Montpellier* 1910, n° 4.
- ARLHAC. (D'). — *Thèse de Lyon*, 1892.
- AUBERT. — *Lyon Médical*, 1884.
- AUGAGNEUR et CARLE. — Précis des maladies vénériennes. *Collection Testut*, 1913.
- AYERS. — *The American Journal of urology*, 1912.
- BALZER. — Maladies vénériennes, in *collection Gilbert et Carnot*.
- BARBELLION. — *Thèse Paris*, 1894.
- BARLOW. — Urethritis non gonorrhoeica; eine Kritische Studie. *Deutsches. Arch. f. Klin. Méd.*, 1899.
- BEAUSSART. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris. —
- BERDAL. — Maladies vénériennes. *Collection Gilbert et Carnot*.
- BOCKHART. — *Deutsche Méd. Wochenschrift*, 1888, n° 52.
— et WOLF. — *Vierteljahr f. dermat. u. syphiligraphie*, 1883.
Monatschrift f. Pratik Dermat, 1887, n° 19.
- BODLANDER. — Ein Fall von primärer urethritis non gonorrhoeica. *Dermat. Zeitschrift*, Berlin, 1903.
- BRODFELD. — Harnrörentzündung nichtgonorrhoeischer Natur. *Medizinische Klinik*, février 1913, p. 220.
- BRONNER. — Non Gonorrhoeal urethrites. *Am. pact. § Neus*, Louisville, 1910.

- BURNIER. — Un cas d'urétrite aiguë non gonococcique. *Annales des maladies vénériennes*, février 1920.
- BURTY. — *Thèse Paris* 1901. Quelques observations d'urétrites primitives aseptiques.
- CASTEX. — *Gazette Hebdomadaire*, 1887.
Urétrites sans gonocoques : *Journal des connaissances médicales*, juin 1887.
- CHAGES. — Über nicht gonorrhoeische urethritiden und ihre Komplikationen. *Dermat. Centralblatt*, Berlin 1913-14.
- DIDAY. — *Gazette médicale de Lyon*, 1862.
- DIDAY. . Les blennorhées in *La Pratique des maladies vénériennes*.
- EITNER. — Zür Kenntnis der nicht gonorrhoeischen urethritis. *Wien. med. Wochenschrift*, 1909. 2411-2473.
- FAITOUT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1896, page 99.
- FAROY. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1^{er} février 1918.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications (traduction française de Hogge).
- FLORAUD. — *Société médicale des Hôpitaux*, juin 1916.
- FORGUE. — Précis de Pathologie externe, *collection Testut*, an. 1921.
- GROB. — Über nichtgonorrhoeische urethritis. *Arch. f. Dermat. u Syphil.* Wien u Leipzig, 1905.
- GUIARD. — *Journal de médecine de Paris*, 1893.
— Les uretrites non gonococciques, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 460.
- GUYON. — Leçons cliniques.
- ICARD. — Communication à la Société de Médecine de Lyon, juin 1884.
- JANIN. — Article uréthrite (*Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique de Jaccoud*, Paris 1885).
- JANET. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 585. Congrès d'urologie de 1897. *Journal d'urologie*, 1913, p. 639.
- JOSPOVICE. — *Centralblatt f. d. Krankh. der Harn, u sex. organ.*, 1896.

- JULIEN. — Union Médicale, 1892. Blennorrhagie et mariage.
- RARMIN. — Beitrag zur aetiologie der nicht gonorrhoeischen urethritiden. München med. Wochenschrift, 1917, p. 605.
- RIDOL. — Diseases of the male urethra. *British medical journal*, Londres 1917.
- LAMANNA. — Iu di un caso di uretritite non gonococcica seguita da epididimite e cistite.
- LEBRETON. — XIX^e congrès d'urologie, 8-11 octobre 1919.
- LEGRAIN. — Les microbes des écoulements de l'urèthre, 1888.
— Les associations microbiennes de l'urèthre ; leur rôle dans la blennorrhagie et ses complications. *Annales des Mal. des org. gén.-urin.*, 1889.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, 1921.
- LHUY. — Sur l'intégrité non gonococcique et l'urétrite par irritation.
- MALHERBE. — Un cas d'urétrite aiguë à staphylocoques. *Annales de Guyon* 1901, p. 306. L'urétrite staphylococcique par coït ab ore. *Semaine médicale, Paris* 1905.
- MARION. — Traité d'urologie, 1921.
- MINET. — Des rétrécissements de l'urètre en dehors de la blennorrhagie et du traumatisme. Ass. franc. d'urologie Proc. verb. 1910. Paris 1911. XIV, 1-81.
- MOTZ. — Quelques considérations sur les urétrites non gonococciques. *Annales des mal. des org. gén. urin.*, 1910.
- NOGUÈS. — Congrès d'urologie, 1897. Infection uréthro-prostatique due à des microbes particuliers. *Annales de Guyon*, 1899, page 188.
- PANICHI. — Contributo allo studio delle uretrite non blenorragiche de B. Còli. *Giornale ital. d. mal. vén.*, Milano, 1914.
- PETIT et WASSARMANN. — Sur les microcyanismes de l'urètre normal de l'homme. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1891, p. 378.
- PICARD. — Journal de médecine de Paris, 1893. *Annales des mal. des org. gén. urin.*, 1896, p. 743.
- POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires. *Collection Testut*, 1917.

RAMOND - CHARLET - SIREDEY. — Deux cas d'urétrite sugaiguë à bacilles pseudo diphtériques compliqués d'épididymite. *Bulletin et Mémoire, Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1917. p. 797-802.

HAUZIER, — Le gonocoque et la dualité des urétrites. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 1888.

RENAULT. — Maladies blennorragiques.

SITER. — *In journal d'urologie*, 1913.

STUTEL. — *Thèse de Nancy*, 1899.

TCHOUMAROV. — *Annales des maladies vénériennes*, 1914.

VER LAAG et VAN DER PLÜYM. — Der bacilles coli commune als Ursache einer Urethritis. *Centralblatt f. Bakterio, und Parasito. Iena*, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Bactériologie	13
Etiologie.	23
Etude Clinique.	27
Diagnostic	33
Complications	37
Pronostic	39
Traitement.	41
Conclusions	43
Bibliographie.	44
